

--	--	--	--	--	--

## EOS 検査依頼書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

検査予約日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

### 【刺激装置等の確認】

以下の項目の該当箇所に必ずチェックをお願いします。

※“あり”にチェックがある場合は、装置本体に照射できないため、その部位を除いた下肢（骨盤～足部）等の検査となります。全脊椎、全身の検査はお受けできません。

1 女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり →“あり”の場合は、検査をお受けできません。

2 ICD、CRT-D やメドトロニック社製 InSync8040、製造元不明ペースメーカーの装着

なし あり → (装置植込み部位： \_\_\_\_\_ )

3 脳・神経等の電気刺激装置 (SCS、DBS、VNS 等) の装着

なし あり →“あり”の場合は、検査をお受けできません。

4 持続血糖測定器、インスリンポンプの装着

なし あり →“あり”の場合は、検査前に必ず取り外しをお願いします。

### 〔検査依頼医療機関〕

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 科

T E L \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

病 名 (疑いを含む) \_\_\_\_\_

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕

〔検査部位 (1か所) をご指定ください〕

全脊椎 (骨盤を含む) 下肢 (骨盤～足部) 全身 (全脊椎+下肢)

〔検査部位 (1か所) をご指定ください〕

【3D解析は脊椎のみ】

立位 座位 立位+座位

※本依頼書の他、『EOS 検査確認項目票』も併せて FAX をお願いします。

令和 8 年 4 月改訂

2 枚目あり

患者氏名： \_\_\_\_\_

依頼書 2 枚目

脳卒中・神経脊椎センター 患者 ID

--	--	--	--	--	--	--

## EOS 検査 確認項目票

### 【依頼医師確認事項】

以下の項目の該当箇所にチェックをお願いします。

**1 介助なしで、3分程度の立位保持**

可能 不可能 →“不可能”の場合は、立位撮影をお受けできません。

**2 介助なしで、3分程度の座位保持**

可能 不可能 →“不可能”の場合は、座位撮影をお受けできません。

**3 脊椎数の異常・椎体の先天性奇形（半椎、二部脊椎、大腿骨頭部の形成不全等）**

なし あり

**4 骨折・線維軟骨仮骨・脊椎すべり症・脊椎分離症・骨棘形成**

なし あり

**5 手術による骨の形状に大きな変化のある骨**

なし あり

**6 人工関節置換術の実施**

なし あり →（具体的に： \_\_\_\_\_ ）

### 【ご注意】

**1 上記項目の“不可能”や“あり”にチェックがある場合は、撮影は行えますが、3D解析測定を行うことができません。**

**2 次の場合は3D解析測定適応外ですのでご了承ください。**

- (1) 7歳未満の脊椎3D解析測定
- (2) 15歳未満の全身及び下肢3D解析測定
- (3) 撮影範囲に解析点が入らない方の3D解析測定

**3 女性の場合、妊娠の可能性がないことをご確認いただき検査をご依頼ください。**

【問合せ】横浜市立脳卒中・神経脊椎センター地域連携総合相談室  
電話 045-753-2500（代表）

令和8年4月改訂